

# Solicitud médica para modificar la dieta del estudiante



Este formulario debe ser llenado completamente y con las firmas requeridas para ser aceptado

## A. PADRE O TUTOR LEGAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sitio escolar: \_\_\_\_\_ Student ID# del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Phone # No. de teléfono : \_\_\_\_\_

Por favor indique qué comidas y con qué frecuencia su hijo/a necesitará una modificación de comidas en la escuela:

- Sólo desayuno     Sólo almuerzo     Desayuno y almuerzo  
 Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Lunes—Viernes (diariamente)

Autorizo a los Servicios de Nutrición del Distrito Escolar del Condado de Washoe a proporcionar las adaptaciones dietéticas necesarias para mi hijo. Entiendo que será mi responsabilidad notificar a los Servicios de Nutrición sobre cualquier cambio en las necesidades dietéticas de mi hijo, incluidos los cambios de salud relacionados con la dieta, el cambio de escuelas y/o la interrupción del servicio de comidas modificadas de mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## B. MÉDICO CON LICENCIA O AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA\* PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN

\*Las autoridades médicas reconocidas incluyen: médico (MD), doctor en osteopatía (DO), asistente médico (PA) o enfermera registrada de práctica avanzada (APRN)

¿El niño tiene una discapacidad?  Sí  No En caso afirmativo, descríballo a continuación.

¿El niño tiene alergia o intolerancia alimentaria?  Sí  No En caso afirmativo, identifique los alimentos que se omitirán a continuación.

Describa el impedimento físico o mental del niño y cómo restringe la dieta del niño:

Alimentos que se deben omitir en las comidas del niño (marque todo lo que corresponda):

- Sólo (leche líquida)     Todos los lácteos (incluida la leche líquida)     Soja     Huevos     Gluten de trigo  
 Maní     Nueces     Pescado     Mariscos  
 Otro(s): \_\_\_\_\_

Modificación de textura (si es necesario):

Enumere los alimentos que necesitan las siguientes modificaciones de textura. Indique "Todos" si todos los alimentos necesitan la(s) modificación(es) indicada(s).

Piezas del tamaño de un bocado: \_\_\_\_\_ Picado muy fino: \_\_\_\_\_ Puré: \_\_\_\_\_

Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Imprimir nombre y título: \_\_\_\_\_

Firma médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## C. OFICINA DE SERVICIOS DE NUTRICIÓN DEL WCSD PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Date Received by Nutrition Services Office: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Is additional clarification needed on the medical statement? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No. If yes, please indicate follow up here:

Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date discontinued: \_\_\_\_\_ (attach documentation)

UNA VEZ COMPLETADO, DEVUELVA ESTE FORMULARIO A NUTRITION SERVICES POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO en: 585 Spice Islands Court, Sparks, NV 89431. Email a: Brielle.Zimmerman@WashoeSchools.net. ¿Preguntas? Comuníquese con el Planificador de menús de los Servicios de nutrición del WCSD, Brielle (Bristy) Zimmerman at 775-325-8438.